

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА
ВНУТРИГРУДНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ***Кучко И.В., Будрицкий А.М., Василенко Н.В.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Несмотря на улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Республике Беларусь в настоящее время, проблема ВИЧ-ассоциированного туберкулеза не теряет своей актуальности. Это связано со сложностями дифференциальной диагностики туберкулеза у данной группы пациентов, обусловленными особенностями патогенеза и клинического течения туберкулеза у лиц с нарастающим иммунодефицитом. Одной из таких особенностей является более частое развитие туберкулезного процесса по типу первичных форм туберкулеза и развитием внелегочных форм заболевания [1].

Цель работы. Оценка клинико-диагностических признаков сочетания ВИЧ-инфекции и туберкулеза на примере клинического случая.

Материал и методы. Анализ клинико-лабораторных, рентгенологических, бактериологических признаков заболевания у пациентки, находившейся на лечении в УЗ «Витебский областной клинический противотуберкулезный диспансер» (УЗ «ВОКПТД»).

Результаты и обсуждение. Пациентка 41 года, безработная. Из анамнеза жизни известно, что у пациентки диагностирована ВИЧ-инфекция, находится под наблюдением в УЗ «Витебская областная клиническая инфекционная больница» (УЗ «ВОКИБ»). Анамнез заболевания: впервые инфильтративный туберкулез легких выявлен в 2009г. После успешного завершения курса лечения в 2012 г. снята с диспансерного учета. С июня 2020 г. появились жалобы на увеличение и болезненность шейных лимфоузлов слева, повышение температуры тела до 38,3°C.

Объективный статус: состояние удовлетворительное, шейные лимфоузлы слева увеличены до 3 см, кожа над поверхностью увеличенных лимфоузлов гиперемирована, отечна, флюктуации нет. При пальпации лимфоузлы резко болезненны, не спаяны с подкожно-жировой клетчаткой. При рентгенологическом обследовании от 17.06.2020 легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни легких структурны. Справа – мелкая плевро-диафрагмальная спайка. Бактериоскопически в мокроте КУБ от 17.06.20 не обнаружены. Выставлен предварительный диагноз: шейный левосторонний лимфаденит неуточненной этиологии, В 20. После консультации в УЗ «ВОКПТД» рекомендовано проведение неспецифической антибактериальной терапии, выполнение пункции шейных лимфоузлов слева с цитологическим исследованием, при неэффективности противовоспалительного лечения рекомендована консультация онкогематолога для исключения лимфомы. С 24.06.2020 по 01.07.2020 находилась на стационарном лечении и обследовании в отделении гнойной хирургии с диагнозом: лимфаденит шеи слева, неуточненный; COVID-инфекция, вирус идентифицированная (ПЦР от 30.06.20г. положительная) средней тяжести; ВИЧ-инфекция, 4 клиническая стадия; состояние после перенесенного инфильтративного туберкулеза легких; полилимфаденопатия; лейкоплакия языка; онихомикоз.

Пациентке проводилась неспецифическая терапия, пункция лимфоузла не проведена. В анализах крови от 29.06.2020: выявлен лейкоцитоз $15,69 \times 10^9/\text{л}$ и увеличение СОЭ – 64 мм/ч, увеличение С-реактивного белка – 148. Исследование биоматериала на COVID-19 (ПЦР) от 30.06.2020: РНК COVID обнаружена. Также пациентке 24.06.2020 было проведено ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи, в ходе которого выявлено множество лимфоузлов слева по передней поверхности шеи увеличенных до 30 мм, неоднородной структуры, а также наличие между ними слоя жидкости толщиной до 4 мм. Рентген-компьютерно-томографическое исследование шеи, органов грудной клетки 24.06.2020 выявило увеличенные подчелюстные лимфоузлы слева, а также наличие очагового образования нижней доли правого легкого, в результате чего было заподозрено наличие туберкулемы с кальцинатами.

За время стационарного лечения в отделении гнойной хирургии проводилось лечение метронидазолом, ванкомицином, имепенемом, флуконазолом, димедролом, парацетамолом,

лизинатом, омепразолом, метоклопромидом. Оперативное лечение не проводилось. В связи с тем, что 30.06.2020 у пациентки была обнаружена РНК COVID-19, она была 01.07.2020 переведена для дальнейшего лечения в УЗ «ВОКИБ». Там пациентке была выполнена мультиспиральная компьютерная томография ОГК 01.07.2020, где было выявлено увеличение шейно-надключичных лимфоузлов слева, расположенных скоплением общим размером до 23 мм по длинной оси в аксиальной плоскости измерения, в отдельности около 12-13 мм. Также в нижних долях обоих легких, в средней доле правого легкого были выявлены тяжевидные участки консолидации легочной ткани, а в нижней доле правого легкого S9 - плотный фокус с петрификатами вытянутой формы протяженностью около 30 мм в коронарной плоскости измерения, широким тяжем, связанным с диафрагмальной плеврой и тяжами к костальной плевре.

Было сделано заключение о наличии двусторонней пневмонии в нижних долях обоих легких, в средней доле справа и посттуберкулезных изменений в нижней доле правого легкого, а также о наличии патологического увеличения шейно-надключичных лимфатических узлов слева и гепатомегалии. При проведении УЗИ лимфатических узлов шеи 06.07.2020 помимо увеличения шейных лимфоузлов преимущественно слева, были выявлены ультразвуковые признаки казеозного некроза лимфатических узлов слева с распространением по прилежащим мышцам и мягким тканям шеи, что позволило заподозрить туберкулезную этиологию лимфаденопатии. Необходимо отметить, что учет только ультразвуковых данных не позволяет провести дифференциальную диагностику данного процесса с абсцессом, или даже флегмоной шеи, для которых необходимо наличие клинических и лабораторных признаков гнойного процесса.

Кроме того в дифференциальной диагностике необходимо исключить лимфопролиферативное заболевание с поражением лимфоузлов шеи. Учитывая наличие социальных факторов риска по туберкулезу (отсутствие работы, асоциальное поведение), а также медицинских факторов риска (наличие туберкулеза в анамнезе, ВИЧ-инфекция) пациентке было проведено исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) и 08.07.2020 пункционная биопсия лимфоузлов шеи для микробиологического исследования биопсийной ткани. При исследовании биопсийного материала из лимфатических узлов методом CeneXpert была обнаружена ДНК МБТ с резистентностью к рифампицину, методом бактериоскопии обнаружены КУБ. В тоже время при исследовании мокроты от 17.06.2020 методом ВАСТЕС выделена культура МБТ с устойчивостью к изониазиду (H), рифампицину (R), этамбутолу (E), левофлоксацину (Lfx), и моксифлоксацину (Mfx), а 27.07.2020 был получен рост 30 колоний МБТ на среде Левенштейна-Йенсена, при этом лекарственная устойчивость не обнаружена.

Учитывая полученные данные, выставлен диагноз: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, периферических шейных (передних и надключичных) лимфоузлов, свищевая форма, БК+. ПреШЛУ (H, R, E, Lfx, Mfx) рецидив. После получения отрицательных результатов исследования на коронавирусную инфекцию пациентка переведена в областную туберкулезную больницу для противотуберкулезной терапии.

Выводы. Таким образом, данный диагностический случай наглядно демонстрирует сложности диагностики туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией, относящихся к группе повышенного риска по туберкулезу, а также не характерную для иммунокомпетентных пациентов внелегочную локализацию туберкулезного процесса и течение по типу первичных форм туберкулеза, а именно более частое вовлечение в процесс внутригрудных лимфатических узлов.

Литература:

1. Бондаренко В.И. Клинические особенности ВИЧ-ассоциированного туберкулеза / В.И.Бондаренко // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. – С. 34-39.